

# 腹腔镜手术治疗肝肾囊肿、多囊肝及多囊肾

曹红勇 井清源 江滨

南京医科大学附属南京第一医院(南京 210006)

【摘要】目的 探讨腹腔镜下肝肾囊肿、多囊肝及多囊肾开窗术的方法及效果。方法 腹腔镜下行肝肾囊肿、多囊肝、多囊肾开窗术 15 例。结果 15 例均痊愈,术后住院 3~4 天,无并发症。术后随访 6 月~4 年,无复发。结论 腹腔镜肝肾囊肿、多囊肝及多囊肾开窗术创伤小、恢复快、粘连轻,对囊肿复发者可再次行腹腔镜囊肿开窗术。

【关键词】腹腔镜开窗术 肝肾囊肿 多囊肝 多囊肾

Laparoscopic fenestration of hepatic and renal cysts and polycystic livers and kidneys Cao Hongyong, Jing Qingyuan, Jiang Bin. The Affiliated Nanjing First Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210006, China

【Abstract】Objective To study the method of laparoscopic fenestration and its effect for the treatment of hepatic and renal cysts and polycystic livers and kidneys. Methods Laparoscopic fenestration of the cysts was performed. Results All of the 15 cases were operated on successfully and recovered smoothly. Conclusions laparoscopic fenestration of hepatic and renal cysts and polycystic livers and kidneys has all the advantages of minimally invasive surgery. Relapsed cysts can be also treated by laparoscopic fenestration.

【Key words】Laparoscopic fenestration Hepatic and renal cysts Polycystic livers and kidneys

我院自 1995 年 6 月至今应用经腹腔径路腹腔镜技术,对 15 例肝、肾囊肿患者进行了手术治疗。效果满意,全部病例均恢复顺利。最长的随访时间近 4 年,无复发,现将我们的经验总结于下。

## 临床资料与方法

一、临床资料:本组共 15 例,男 6 例,女 9 例。年龄 29~64 岁,单个肝囊肿 5 例,两个囊肿 2 例,肝囊肿合并胆囊结石 2 例,单个肾囊肿 4 例,多囊肾 1 例,多囊肝合并多囊肾 1 例。术前经 B 超、CT 检查确诊。肝囊肿最大直径 20cm,最小直径 10cm,多囊肝囊肿最大直径 12cm,多囊肾囊肿最大直径 10cm。患者均有明显的腰背部或上腹部胀痛,术前肝肾功能检查正常。

二、手术方法:全部患者均采用吸入与静脉复合麻醉。肝囊肿患者取头高脚低左侧倾斜 15 度斜卧位,肾囊肿患者取患侧抬高 30~45 度斜卧位。于脐下作第一穿刺孔,插入腹腔镜。观察全腹有无其他并发症。直视下,肾囊肿在剑下、腋中线肋缘下、患侧脐与髂棘连线中点穿入 10mm、5mm、5mm 套管针,肝囊肿在剑下、右锁骨中线肋缘下、腋前线肋缘下穿入 10mm、5mm、5mm 套管。在肝囊肿的膜状囊壁的顶部用电钩切一小口,用吸引器吸净囊液,将肝囊肿的膜状囊壁全部剪除,电凝止血。处理多囊肝时,先将暴露于肝表面易于分辨的囊肿用电钩切开,吸尽

囊液剪除囊肿顶壁。位于深层的囊肿和不易辨认的囊肿先行穿刺,抽出清亮囊液,确认为囊肿时再切开吸尽囊液剪除囊肿顶壁。对肾囊肿,在结肠沟内提起后腹膜并用电钩切开,钝性分开肾脂肪囊,显露肾脏,距肾实质 0.5cm 剪除囊肿顶壁,吸净囊液,电凝止血。处理多囊肾时,先将暴露于表面易于分辨的囊肿用电钩切开,吸尽囊液剪除囊肿顶壁。位于深层的囊肿先行穿刺,抽出囊液,确认为囊肿时再切开吸尽囊液剪除囊肿顶壁。检查无活动性出血,缝合后腹膜,取出器械及套管,观察穿刺孔无出血,取出腹腔镜,皮肤切口用可吸收线作皮内缝合。

## 结 果

全部患者均恢复顺利,术后住院 3~4 天,无并发症。肾囊肿患者出院前作肾功能及 B 超检查。肾囊肿消失,肾脏大小正常,肾功能正常。13 例肝肾囊肿患者术后症状缓解,随访半年~4 年,肝肾囊肿无复发。1 例多囊肾及 1 例多囊肾合并多囊肝术后腰背部和上腹部胀痛缓解。随访 1 年半~2 年无复发。

## 讨 论

肾囊肿可由多种疾病引起,任何年龄均可发病,老年人发病率高。肾囊肿可致肾形态及功能改变,严重者可致肾功能衰竭。当出现明显的压迫症状或

引起尿路梗阻时需行手术治疗。行肾囊肿去顶开窗术时,肾脏的暴露较困难也最为重要。取患侧抬高 30-45 度斜卧位,经结肠沟切开后腹膜,将结肠推向内侧可以显露肾脏,如暴露不满意,可以再作一穿刺孔,用爪形拉勾牵开结肠,可以较满意地显露肾脏。术中应注意彻底止血,肾囊肿应距肾实质 5mm 剪除囊壁,以防发生原尿外漏。约 1% 的肾囊肿患者并发肾癌,囊液为血性时癌的并发率可高达 25%~30%。术中如发现囊液为血性,应仔细检查囊壁周边的肾组织。发现异常时应做活检。确诊为肾癌时可考虑行腹腔镜肾切除或中转行常规手术。多囊肝和多囊肾均为常染色体显性遗传疾病,1/2-2/3 的多囊肝合并多囊肾<sup>[1]</sup>。多囊肾的病变多累及双侧肾脏,但两侧发病时间可相差几年甚至十几年,本组两例均以右侧肾脏的病变为主。处理多囊肾靠近肾盂的囊肿时要注意鉴别,防止误伤肾盂。挤压肾盂,肾盂会变空虚,囊肿则无变化。穿刺囊肿注水时,囊肿明显膨胀,水不易注入。以上二法有助于肾盂和囊肿的鉴别。肝囊肿是临床常见疾病,直径小于 5cm 的肝囊肿一般无自觉症状,不影响肝脏功能。随着囊肿的增大,可以发生囊肿破裂、感染,囊内出血,囊肿压迫周围肝组织而出现自觉症状。伴有压迫症状时需行手术治疗。肝囊肿外科治疗的目的是解除囊内压,防止囊肿复发。因此,在行肝囊肿开窗术时,囊壁应尽可能多的剪除,避免因开口过小而至

复发。多囊肝较少见,而且常无症状。当囊肿较大,范围较广时可有明显的压迫症状和肝脏损害。治疗方法有经皮硬化剂注射,手术开窗,肝切除以及肝移植。经皮硬化剂注射效果不可靠,术后易复发,治疗过程中有出血,硬化剂外溢,剧烈疼痛等并发症。症状明显的多囊肝以手术开窗为首选。开腹手术常引起广泛粘连,一旦囊肿复发就难以再次开窗。腹腔镜术创伤小,恢复快,粘连轻,可多次开窗。Kabbej<sup>[2]</sup>报告二例,分别于第 24 个月和第 25 个月再开窗,另一例于第 43 个月第三次开窗,局部粘连轻微。多囊肝囊肿数目较少,囊肿较大位于右前叶左叶适合行腹腔镜肝囊肿开窗术。而囊肿小位于右后叶或散在分布则应视为禁忌<sup>[3]</sup>。本组 1 例多囊肝,囊肿较大主要分布在右前叶,在切除表层囊壁后,深层的囊肿较难分辨,用细针穿刺抽到囊液后切开囊壁,吸净囊液,切除囊肿顶壁。抽出血液时则避开,避免了将静脉壁当作囊壁整块切除。术后腹水是常见的并发症,为防止腹水外漏,穿刺孔要严密缝合。

参 考 文 献

1 Starzl TE, Reges J, Tsakis A, et al. Liver trasplantation for polycystic liver disease. Arch Surg, 1990, 125: 575-577.  
2 Kabbej M, Sauvanet A, Chauveau O, et al. Laporoscopic fenestration in polycystic live disease. Br J S, 1996, 83: 1697-1701.  
3 Morino M, Guili M, Festa V, et al. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. Indication and results. Ann surg, 1994, 219: 157-164.



本刊加入万方数据资源系统( ChinaInfo )  
数字化期刊群的声明

为了实现科技期刊编辑、出版发行工作的电子化,推进科技信息交流的网络化进程,我刊现已入网“万方数据资源系统( ChinaInfo )数字化期刊群”,所以,向本刊投稿并录用的文章,将一律由编辑部统一纳入万方数据资源系统( ChinaInfo ),进入因特网提供信息服务。凡是不同意者,请另投它刊。本刊所付稿酬包含刊物内容上网服务报酬,不再另付。

《中国微创外科杂志》编辑部